

様式第1号（第3条関係）

周防大島町国民健康保険 人間ドック利用申請書

令和 年 月 日

周防大島町長 藤本 浄孝 様

【世帯主】 住所 周防大島町大字

氏名

電話

下記のとおり人間ドックを利用したいので、申し込みます。

被保険者 記号・番号	山 1 5 -		
申込者氏名	(ふりがな)		
生年月日	昭和・平成	年	月 日 男・女
受診日	令和	年	月 日
医療機関名 (該当に○)	町立大島病院	周東総合病院	
胃検査の希望 (該当に○)	1. 胃カメラ	2. 胃透視 (バリウム利用の直接撮影)	3. 胃検査なし (理由)

人間ドック利用申込みにあたり、以下のことを確認しました。

(□に✓を記入してください)

- この検査結果を周防大島町が実施する特定保健指導等の参考資料とすることに同意します。
- 同じ年度内に周防大島町国民健康保険の特定健診を受診した場合、または、町国保の資格喪失後に受診した場合は、その経費を自己負担します。

令和 年 月 日

受診者氏名

電話 (世帯主以外の場合)